Ueber das

Myom der Portio vaginalis

anknüpfend
an zwei Fälle von Portiomyomen aus der Universitäts-Frauenklinik Göttingen.

(Direktor: Professor Dr. Reifferscheid.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizin. Fakultät der Georg-August-Universität
zu Göttingen

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Theodor Knipper
aus Rees a. Rhein.

Bonn
Druck von Emil Eisele
1920

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 15. Juli 1919.

Referent: Herr Professor Dr. Reifferscheid.

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

Meiner lieben Mutter

gewidmet.

Das Vorkommen der Myome an der Portio vaginalis ist ein außerordentlich seltenes. Nehmen schon die Cervixmyome nach Guyon mit 15 % und nach Löhlein mit 4 % einen sehr bescheidenen Platz unter den Uterusmyomen ein, so sinkt noch der Prozentsatz der Portiomyome maximal nach Garkisch auf 1 %, nach Kolb auf 0,90 % und weniger. Die Mehrzahl der Portiomyome lokalisiert sich im Gegensatz zu den Fundus- und Cervixmyomen an der vorderen Muttermundslippe. Bis jetzt sind nur zwei Fälle bekannt, wo das Myom halbkreisförmig, von der seitlichen Hälfte der vorderen und hinteren Muttermundslippe seinen Ausgang nahm. Ein Fall von Amann, wo der Tumor von der rechten Hälfte der Portio ausging, und ein Fall der Göttinger Frauenklinik, der unten beschrieben wird, von der linken Hälfte der Portio ausgehend.

Die histologischen Eigenschaften sind im Prinzip dieselben wie bei den übrigen Uterusmyomen, jedoch sind sie ebenso wie die Cervixmyome reicher an fibröser Zwischensubstanz, Fibromyome. Da es sich aber um reine Myome handelt, können sie auch als besondere Formen derselben, also als intravaskuläre, Angiome und Lymphangiome sowie Adenomyome auftreten, wenn auch bedeutend seltener als bei den übrigen Uterusmyomen. Sie sind wie diese den degenerativen Vorgängen unterworfen. So können sie atrophieren, unter gleichzeitiger fettiger Degeneration, durch die Menopause (Seneszenz der Muskulatur) oder durch therapeutische Mittel z. B. Kastration. Diese Atrophie wäre wohl zu unter-

scheiden von der fibrösen Degeneration, da es sich im ersteren Falle um eine Verkleinerung der ganzen Tumormasse handelt. Die Verkalkung ist nach Virchow bei den Cervix- und Portiomyomen selten. Sie schließt sich manchmal an Verjauchungen der Myome an. Ebenfalls wird eine schleimige Degeneration bei Portiomyomen nur ganz selten beobachtet, da diese die saftreicheren Myomformen bevorzugt. Dasselbe gilt von der hyalinen und amyloiden Degeneration. Dagegen ist von besonderer Bedeutung bei den Portiomyomen das häufigere Auftreten von Entzündungs-, Vereiterungs- und Nekroseerscheinungen, bedingt durch die erhöhte Möglichkeit des Traumas und der Sekundärinfektion bei dem exponierten Sitz an der Portio, resp. bei den polypösen Formen durch das Freiliegen des Tumors in der Vagina oder Vulva. Dasselbe, was den übrigen Myomen im Puerperium und nach Abort an besonderer Gefahr der Nekrose und Vereiterung droht, gilt auch für das Portiomyom. Nach Gusserow unterscheidet man eine dissezierende Eiterung, welche meist nur die Kapsel ergreift, während das Myom selbst unverändert bleibt, von einer Verjauchung des ganzen Myoms. Zu den bedrohlichen Erscheinungen, die durch Veränderung des an sich gutartigen Myoms hervorgerufen werden können, ist noch die cystische Degeneration zu rechnen, weil sie ein außerordentlich schnelles Wachstum zur Folge hat. Sie kann sowohl die submukösen wie intramuralen, gestielten Myome befallen. In zwei verschiedenen Formen tritt sie auf, entweder als eine kleincystische Degeneration, die den ganzen Tumor durchsetzt, oder als eine einzige große, dickwandige Cyste. Die letztere Form findet man am häufigsten bei den gestielten, submukösen Myomen.

Die lymphangiektatische Degeneration ist vollkommen ungefährlich und bevorzugt die intramuralen Myome. Wenn auch streng von den Degenerationen zu trennen, sind an dieser Stelle die Komplikationen anzuführen, die durch sekundäre Bildung von Sarcom und Carcinom auf dem Boden eines Myoms oder seines Rezidivs entstehen. Dazu neigen besonders die submukösen und die intramuralen Myome. Im Anfangsstadium ist eine klinische Diagnose kaum zu stellen. Die Entstehung des Ca auf dem Boden eines Myoms wird mit 5 % im Durchschnitt, nach Schauta mit 6 %, angegeben; die des Sarcoms mit 2 %.

Das Wachstum der Portiomyome ist wegen des fibrösen Charakters noch langsamer als es bei den gewöhnlichen Uterusmyomen im allgemeinen schon der Fall ist. Nach Ribbert handelt es sich um ein expansives Wachstum der Muskelfibrillen. Die Nachbargebilde liefern die Kapsel, so daß das unkomplizierte Myom ohne Schwierigkeit zu enukleieren ist. Nach Virchow haben die Myome der Cervix und Portio vaginalis eine lockerere Kapsel als die Corpusmyome und sind deshalb auch leichter ausschälbar als diese. Rezidive sind dadurch ganz selten (Gusserow), es sei denn, daß einige Myomsubstanz zurückgeblieben wäre. Die diffusen Tumoren, die der Enukleation große Schwierigkeiten bereiten, sind durch Komplikationen, meist durch Entzündung und sekundäre Verwachsung hervorgerufen. Nicht immer ist das Wachstum ein gleichmäßiges. Es gibt Bedingungen, unter denen ein relativ schnelles Wachstum erfolgt, sowie andererseits hemmende Einflüsse. Fördernd wirken die Menstruation und die Gravidität durch erhöhten Blutafflux und dadurch verbesserte Ernährungsverhältnisse. Außerdem wirken

teleangiektatische und cystische Entartung in fördern-dem Sinne. Hemmende Wirkung kommt dem Puerperium und Klimakterium zu, bedingt durch das Gegenteil des bei der Menstruation Erwähnten. Von Wichtigkeit ist auch das bereits angeführte Vorhandensein der fibrösen Elemente. Je mehr von ihnen vorhanden, um so langsamer erfolgt das Wachstum. Hierdurch erklärt es sich auch, daß subseröse Myome langsamer wachsen als die intramuralen sowie das langsamere Wachstum der Cervix- und Portiomyome gegenüber den anderen. Es bewirkt bei den Myomen der Portio vaginalis, je nach ihrem Sitz, eine Elongation der vorderen oder hinteren Muttermundslippe, und hat in fortgeschrittenerem Stadium gewöhnlich einen partiellen Prolaps zur Folge.

Ueber die Aetiologie ist Sicheres bisher nur bei den Adenomyomen bekannt, wo von Recklinghausen nachwies, daß sie durch kongenitale Absprengungen, aus den Resten des Wolff'schen Ganges entstanden waren. In der Mehrzahl der Fälle stammen die drüsigen Bestandteile der Myome von der Uterusschleimhaut (vielleicht auch vom Müller'schen Gang durch fetale Absprengung) ab und werden als schleimhäutige Adenomyome bezeichnet. Desgleichen können Serosaepithelien drüsenähnliche Wucherungen hervorrufen (Borst, Liepmann). Ueber die Genese der Myome giebte s vielerlei Theorien auf anatomischer und klinischer Grundlage. Die älteste anatomische ist die irritative Virchow's. Sie nimmt jede beliebige Muskelzelle im Uterus als Basis für ein Myom an. Cohnheim spricht unverbraucht liegen gebliebene Wachstumskeime, also den embryonalen Zellen sehr nahestehende Gebilde, an, bei pathologischer Erregung in atypischer Weise sich zum Myom entwickeln zu können. Nach Ribbert

entstehen die Myome durch embryonale Muskelabsprengungen, die von Anfang an selbständige Gebilde darstellen. Da man Gefäßwandmyome an den Venen der Extremitäten in äußerst seltenen Fällen nachweisen konnte, so leiten manche Autoren (Borst, Gottschalk) auch die übrigen Myome von der Intima und Media der Gefäße ab. Veit hält es für durchaus möglich, daß durch intrauterine Vorgänge wie Schwangerschaft und Geburt, Menstruation oder glanduläre Hyperplasie des Endometriums aus dem Zusammenhang gerissene Elemente sich zu Myomen ausbilden können. Zu diesen anatomischen Veränderungen muß nach Veit ein klinisches Moment (Reize) hinzutreten, um das Wachstum zum Myom hervorzurufen. Zwei Hauptfaktoren sind dazu die Grundlage. Das ist zunächst eine mangelhafte Anlage der ganzen Person und der Sexualorgane, meistens durch Erblichkeit bedingt. Zweitens sexuelle Reize, entweder durch Masturbation oder schon durch psychische Reize allein hervorgerufen. Dabei muß es sich um lang einwirkende, chronische Zustände handeln. Erwiesen ist bisher keine Theorie mit Ausnahme der für die Adenomyome.

Die Symptomentrias: Blutung, Schmerz, Raumbeengung, kommt bei den Portiomyomen weniger in Frage. Sehr oft haben sie außer einem partiellen Prolaps überhaupt keine Symptome. Jedoch zeigen manche Fälle immerhin die klassischen Erscheinungen der Uterusmyome. Die Blutung äußert sich entweder in Form der Menorrhagie, als regelmäßiger, erhöhter Blutverlust bei der Menstruation, oder der Metrorrhagie, in unregelmäßigen Abständen, nicht an die Menstruation gebunden. Der Blutabgang kann entweder blutig-schleimig sein oder als sog. Blutsturz (Blutkoagula) in Erscheinung treten, der durch An-

sammlung der Blutmassen in der Vagina meist bei Bettruhe bedingt ist. Im allgemeinen ist die Blutung bei Myomen der Portio vaginalis geringer als bei den übrigen, jedoch sind vereinzelt ganz bedeutende Blutungen vorgekommen (Fall Freund). Bei Frauen, die infolge submuköser oder intramuraler Myome vor dem 50. Lebensjahre an starken Blutungen zu leiden hatten, kann die Menopause oft erst mit 52, ja bis zu 58 Jahren beginnen. Die Schmerzen äußern sich, falls solche überhaupt vorhanden sind, als Kreuzschmerzen, die an Heftigkeit sehr variieren. Die Lageveränderungen, durch Portiomyome hervorgerufen, bedingen meist nur geringe Beschwerden. Am bemerkenswertesten sind die Druck- und Einklemmungserscheinungen, die Blasen- und Mixtionsbeschwerden hervorrufen können, da in den meisten Fällen es sich um ein Myom der vorderen Muttermundslippe handelt. Oft fehlen bei den Portiomyomen, besonders im Anfang, jegliche Beschwerden und nur der partielle Prolaps führt die Patientin zum Arzt. Die Raum- und Druckerscheinungen machen sich besonders nach zwei Richtungen hin geltend: der schon eben erwähnten Blase und Urethra und dem Rektum. In der Regel treten jedoch keine ernsteren Störungen auf, da bei dem allmählichen Wachstum die Organe sich auf die veränderten Verhältnisse einstellen. Jedoch können bei Myomen der vorderen Muttermundslippe und besonders bei rascherem Wachstum erhebliche Blasenstörungen wie Retentio urinae, Ischuria paradoxa, Cystitis, Pyelitis und Pyelo-Nephritis, am Rektum durch den Druck lästige Obstipationen hervorgerufen werden. Diese Symptome brauchen jedoch nicht regelmäßig aufzutreten, denn infolge der erheblichen Dehnbarkeit der Vagina

kann das Myom in die Bauchhöhle ausweichen, z. B. Fall Henkel, wo ein 1720 g schweres Myom der vorderen Muttermundslippe durch diesen Vorgang nicht einmal die spontane Geburt beeinträchtigte. In manchen Fällen war Fluor albus vorhanden; der Fall Kolb Nr. 3 hatte Ausfluß einer fleischwasserähnlichen Flüssigkeit. Zu diesen lokalen Erscheinungen trat bei längerem Verlauf der Erkrankung infolge der heftigen Blutungen bei einigen Fällen eine mehr oder weniger starke Anaemie ein. Es ist weniger das Blutbild verändert, das in den meisten Fällen ebenso wie der Blutdruck normal ist, als vielmehr die Gesichtsfarbe und das Aussehen der Schleimhäute. Kachexie ist dabei nicht vorhanden. Die körperliche Leistungsfähigkeit war bei manchen Fällen herabgesetzt, während bei den meisten das vollkommene Fehlen von Beschwerden und volle Leistungsfähigkeit vorherrscht.

Die Diagnose dürfte bei kleineren Myomen der Portio vaginalis kaum auf Schwierigkeiten stoßen. Handelt es sich jedoch um größere, so kann eine Inversio uteri dadurch vorgetäuscht werden, daß infolge der Größe des Tumors der äußere Muttermund entweder gar nicht zu palpieren ist, oder, je nach dem Sitz des Myoms an der vorderen oder hinteren Muttermundslippe, die vordere an der hinteren Vaginalwand oder die hintere Muttermundslippe an der vorderen Vaginalwand zu fühlen ist. Das Fibroma papillare, Drüsenpolypen, sowie das Cancroid der Portio vaginalis können oft sehr große Schwierigkeiten in der Diagnose des Portiomyoms ergeben. (Gusserow.) Wenn schon im Anfangsstadium erheblichere Schmerzen und vor allem frühzeitig auftretende Blasen- und Mixtionsbeschwerden vorliegen, die dem objektiven Befund und der geringen Größe

des Tumors nicht entsprechen, so ist der Verdacht auf einen malignen Tumor, Sarcom oder Carcinom berechtigt.

Die Prognose der Myome der Portio vaginalis ist an und für sich günstig, da sie infolge ihres Sitzes leicht zu entfernen sind. Von einer bestehenden Lebensgefahr kann bei der Mehrzahl der Fälle keine Rede sein. Insofern jedoch gestaltet sich die Prognose gegenüber den anderen dadurch ungünstiger, daß die Portiomyome durch ihren exponierten Sitz leicht dem Trauma und dadurch der Sekundärinfektion ausgesetzt sind. Besonders gefürchtet ist die an eine Verjauchung des Myoms sich anschließende Thrombosierung der Vena iliaca ext., die Schenkelvenenthrombose, die eine Embolie der Lungenarterien und damit den Exitus bedingen kann (Fall Kolb Nr. 2). Neben der Thrombose kommt es manchmal auch noch zu einer Parametritis, einer septischen Peritonitis und allgemeinen Sepsis. Ihre sonstige Prognose richtet sich im allgemeinen nach dem Lebensalter und den Beschwerden, die durch den Tumor bedingt sind. Die vorhandene Anaemie ist zu berücksichtigen. Die Operationsprognose der Myome der Portio vaginalis ist wie bei den übrigen um so besser, je früher die Operation vorgenommen wird.

Die Therapie der Portiomyome ist in der Hauptsache eine operative, da die Myome leicht und ohne Gefahr entfernt werden können. Demgemäß kommt die symptomatische, medikamentöse und palliative Behandlung nicht in Frage. Nur wenn, wie in manchen Fällen, z. B. Fall Gottschalk, wegen der geringen Beschwerden eine Operation abgelehnt wird, käme die Röntgen- oder Radiumbestrahlung in Betracht. Es ist bisher kein Fall in der Literatur, der über Erfolge einer Röntgenbestrahlung berichtet.

In den meisten unkomplizierten Fällen von Myom der Portio vaginalis wird man mit einer einfachen Excision oder Enukleation auskommen, da es infolge seines Sitzes und seiner leichten Ausschälbarkeit aus der Kapsel ohne Schwierigkeit zu entfernen ist. Handelt es sich jedoch um vereiterte, der Totalnekrose verfallenen Myome, wie Fall Kolb Nr. 2 die den Herd einer Sepsis in sich bergen, oder ein Myom, auf dessen Boden ein Sarcom oder Carcinom sich entwickelt hat, oder um einen vollkommen myomatösen Uterus (Fibromyome kommen nach Gusserow meist multipel vor und die Myome der Portio sind fast nur Fibromyome), der erheblichere Beschwerden und Schmerzen verursacht, so kann nur eine vaginale oder abdominale Exstirpation zum Ziele führen. Bei infizierten, septischen Myomen, sowie bei allen solchen benignen und malignen Tumoren, die noch leicht ins kleine Becken eintreten können, zieht man die vaginale der abdominalen Operationsmethode vor. Die Gefahr der Sepsis und Peritonitis ist hier wegen des besseren Sekretabflusses geringer. Fall 21 Flatau zeigt, daß eine große Zerreißlichkeit des Tumors ebenfalls eine abdominale Entfernung indizieren kann. Als unbedingte Indikation zur Operation ist eine Verjauchung oder Vereiterung des Portiomyoms, sowie Blasenstörungen (Urinretention, Pyelitis, Pyelonephritis), durch den Druck des Myoms hervorgerufen, anzusehen. Während bei manchen Fällen, am typischsten ist wohl der Fall Henkel, das Portiomyom kein Geburtshindernis darstellte, so zeigt doch der Fall Thiele, sowie der Fall an der hiesigen Klinik, daß ein Portiomyom doch ein Hindernis sein kann und eine Operation dringend erforderlich machen kann. Blutungen, Schmerzen, schnelles Wachstum, das meist

nach der Geburt einsetzt, am häufigsten jedoch der begleitende oder der durch das Portiomyom bedingte Prolaps werden eine Operation notwendig machen.

In der Einleitung wurde bereits auf die Seltenheit der Portiomyome hingewiesen. Wegen ihrer meist geringen Erscheinungen führen sie gewöhnlich erst dann zum Arzt, wenn ein Prolapsus uteri sich entwickelt hat oder bei einer Geburt durch den Tumor ein Hindernis und damit eine Verzögerung der Austreibungsperiode eingetreten ist. Es wurde jedoch auch darauf bereits hingewiesen, daß auch die übrigen typischen Myomsymptome wie Schmerzen-Blutungen und Druckerscheinungen eintreten, wenn auch bei weitem seltener als bei den anderen Uterusmyomen.

In der Literatur liegen folgende Fälle von Myom der Portio vaginalis vor:

1. Peter Müller beschreibt einen kindskopfgroßen, glatten, teigig-weichen Tumor, der sich vor den äußeren Geschlechtsteilen befand und mit dünnem Stiel in die Scheide hineinging. Er ging von der vorderen Muttermundslippe aus.

2. Derselbe berichtet noch über einen gänseeigroßen Tumor, der, in der hinteren Muttermundslippe entwickelt, ganz in der hinteren Scheidewand zu verlaufen schien und nur per rectum sich gut palpieren ließ. Der Muttermund war nur sehr schwer an der Vorderfläche des Tumors als taschenförmiges, querverlaufendes Grübchen zu fühlen. Der Tumor war leicht zu enukleieren und hatte eine Länge von 10 cm, eine Breite von 7 cm und eine Höhe von 6 cm.

3. Chiari beschreibt ein Fibrom der vorderen Muttermundslippe, das den ganzen Uterus zum Vorfall brachte und eine Elongation der vorderen Lippe

veranlaßt hatte. Nach der Enukleation ging der Prolaps spontan zurück.

4. Freund behandelte eine 40jährige Patientin mit einem großen Tumor, der von der hinteren Muttermundslippe ausging und die Scheide vollständig ausfüllte. Bemerkenswert an diesem Falle ist die außerordentlich starke Blutung.

5. Pernice berichtet von einem ähnlichen Fall wie P. Müller. Es handelt sich um einen gestielten Tumor (Fibromyom), der von der hinteren Muttermundslippe ausging und vor den äußeren Genitalien als birnförmige, etwa faustdicke Geschwulst zu sehen war.

6. Thiele beschreibt einen ähnlichen Fall aus der Klinik von Pernice. Von der hinteren Muttermundslippe geht ein Fibromyom aus von kegelförmiger Gestalt, das außer dem typischen mikroskopischen Bilde einzelne Cysten aufweist, deren Wände mit Endothel ausgekleidet und mit lymphatischer Flüssigkeit angefüllt sind. Der Tumor ragt über die Vulva hinaus. Eine Entbindung verlief spontan trotz des Tumors; die letzte machte bei der mittlerweile fortgeschrittenen Größe des Tumors eine Zange notwendig. Außer Kreuzschmerzen und den Störungen bei der Geburt lagen keine Symptome vor.

7. Gusserow entfernte ein faustgroßes Myom der vorderen Muttermundslippe und macht darauf aufmerksam, daß der Tumor eine Differentialdiagnose zwischen einer Inversio uteri und Portiomyom sehr erschwerte.

8. Koblanck referierte über ein Fibromyom der hinteren Muttermundslippe. Der Tumor war 12 cm lang, $6^1/_2$ cm im Querdurchmesser. Das Muskelgewebe überwog bei weitem das Bindegewebe. Blutungen fehlten vollkommen. Es bestand nur ein Prolaps.

9. Gottschalk berichtet von einer Patientin, die mit einer orangegroßen Geschwulst der hinteren Muttermundslippe eine normale Entbindung durchmachte ohne ärztliche Hilfe. Nach der Geburt wuchs der Tumor bedeutend und füllte das ganz kleine Becken aus, ohne der Patientin Beschwerden zu machen. Deshalb lehnte sie auch die Operation ab.

10. Ein Fall von Selbstheilung eines gestielten Fibromyoms der hinteren Muttermundslippe, das spontan geboren wurde, wird von Mikucki angegeben.

11. Frey berichtet von einem typischen Fibromyom der vorderen Muttermundslippe, das weder Beschwerden noch Blutungen verursachte. Patientin entdeckte den Tumor erst, als er ihr beim Besteigen einer Leiter in die Scheide rutschte.

12. Atthill referierte über ein hühnereigroßes Fibromyom, das von der vorderen Muttermundslippe ausging.

13. Hall-Davis beschreibt einen Tumor, der mit einem 1 Zoll dicken Stiel von der hinteren Muttermundslippe ausging und einen Descensus uteri veranlaßt hatte.

14. Barnes operierte eine 37jährige Patientin, vor deren Genitalien ein großer Tumor lag, der von der prolabierten Scheide und dem Uterus gebildet wurde. Der obere Teil des Tumors war weich und umfaßte den Uterus, während der gestielte, untere Teil sich härter anfühlte und sich als ein Fibromyom der hinteren Muttermundslippe ergab. Der Muttermund lag als schmaler, querer Spalt auf der Vorderfläche des Tumors. Nach Entfernung des Myoms ging der Prolapsus uteri spontan zurück.

15. Dimmock berichtet von einem „Submucous fibroid tumor of the ant. lip of the uterus“;

16. Freemann über ein „Fibromyom of lower ant. portion of uteros and removal from the vagina".

17. Depaul gelang es, während der Entbindung ein gestieltes, faustgroßes Myom der vorderen Muttermundslippe aus den Genitalien herauszuziehen und zu entfernen.

18. Vorbeck beschreibt 2 Fälle von typischem Fibromyom der vorderen Muttermundslippe aus der Klinik von Olshausen.

1. Bei einer 49 Jahre alten Frau, die seit zwei Jahren unregelmäßige, bald stärkere, bald schwächere Blutungen und Mixtionsbeschwerden gehabt hatte, fand sich an der vorderen Muttermundslippe eine sich cystisch anfühlende, fast doppelt faustgroße Geschwulst. Die hintere Muttermundslippe war in der Kreuzbeinhöhlung als scharfer, gebogener Spalt zu fühlen. Uterus klein, retrovertiert. Das Myom wurde enukleiert. Gewicht 250 g.

2. Einer 20jährigen Patientin, die außer geringem Fluor albus keine Beschwerden hatte, war die Vagina fast gänzlich von einem apfelgroßen, kugeligen, glatten Tumor von fester Konsistenz ausgefüllt, der von der vorderen Muttermundslippe ausging. Der Tumor konnte leicht enukleiert werden. Gewicht 170 g.

19. Halban operierte ein kindskopfgroßes Myom der vorderen Muttermundslippe, das eine Torsion des Collum uteri veranlaßt hatte. Der Tumor wurde enukleiert. Gewicht 1200 g.

20. Henkel referierte über einen interessanten Fall von Myom der vorderen Muttermundslippe bei einer Gebärenden. Der frauenkopfgroße Tumor zog sich in die Bauchhöhle zurück und gab so die Passage für den Durchtritt des Kindes frei (Spontangeburt). Der entfernte Tumor wog 1720 g.

21. Flatau operierte ein etwa zweifaustgroßes Portiomyom bei einer 27jährigen Nulliparen. Die vaginal begonnene Operation mußte durch eine Laparotomie beendigt werden, da er wegen seiner weichen, zerreißlichen Konsistenz nicht zu fassen war.

22. Flatau referierte noch über ein kopfgroßes Fibromyom der hinteren Muttermundslippe, das das Becken ausfüllte. Das os ext. war so hoch über der Symphyse, daß es nicht zu erreichen war.

23. v. Cackovic beschreibt ein Myom der hinteren Muttermundslippe von birnförmiger Gestalt, das mit seinem unteren Teile vor den Genitalien lag.

24. Sellheim demonstrierte ein isoliertes Fibrom der Portio vaginalis.

25. Garkisch beschreibt ein wallnußgroßes Myom der vorderen Muttermundslippe, das histologische Besonderheiten zeigt. Im Inneren des Tumors waren Cervixdrüsen sichtbar, im Zentrum hyaline und schleimige Degeneration.

26. Garkisch beschreibt einen zweiten Fall von Myom der hinteren Muttermundslippe von eiförmiger Gestalt, der noch ein Stück weit in den Cervixkanal hinaufreicht. Patientin litt seit einem Jahr an Harndrang, Ausfluß und Kreuzschmerzen.

27. Ein drittes von Garkisch angegebenes kindskopfgroßes Myom, das mit fingerdickem Stiel von der hinteren Muttermundslippe ausging, wurde unter wehenartigen Schmerzen und starker Blutung aus der Scheide einer 52jährigen Patientin ausgestoßen. Das Myom war gefäß- und zellreich und zeigte regressive Veränderungen.

28. Knoop demonstrierte ein Fibromyom der Portio vaginalis.

29. Semmelink operierte ein faustgroßes Fibromyom der hinteren Muttermundslippe, das die Scheide

einer 55jährigen Patientin fast ganz ausfüllte. Seit einem Jahr bestanden profuse Menorrhagien, die sich zuletzt zu heftigen Blutungen steigerten. Die Operation wurde durch Harnverhaltung dringend notwendig.

30. Bogdanovics demonstrierte ein Fibromyom der Portio vaginalis, das leicht exstirpiert werden konnte.

31. Kolb beschreibt 5 Fälle aus der Baseler Klinik.

1. Bei einer 49 Jahre alten Patientin prolabierte plötzlich ein großer Tumor und ließ sich nicht mehr reponieren. In wenigen Tagen schwoll er bis über mannskopfgroß an und veranlaßte eine Incontinentia urinae. Der Tumor war knollig, derb, höckerig und zeigte drei handtellergroße oberflächliche Nekrosen. Durch einen etwa 5 cm langen und 3 cm dicken Stiel war er mit der vorderen Muttermundslippe verbunden. Der nach einer vaginalen Totalexstirpation gewonnene Tumor wog 1800 g, er war gefäß- und zellreich. Seit 3 Jahren hatte Patientin einen Prolaps, der sich immer glatt reponieren ließ; seit 2 Jahren unregelmäßige und oft verlängerte Perioden.

2. Bei einer 42jährigen Patientin hat sich nach zweimaliger Entfernung eines Cervicalpolypen nach 10 Jahren eine gut faustgroße Geschwulst an der vorderen Muttermundslippe entwickelt, die in der Vulva liegt und einfrankenstückgroß ulceriert ist. Patientin hatte Blasenbeschwerden, Blutungen, Uebelkeit, Brechen und Kopfweh. Der wegen des eitrigen Zerfalles und Fiebers sofort entfernte Tumor wog 250 g, war im Inneren vereitert und in eine jauchende, zerfetzte Höhle verwandelt. Es erfolgte der Exitus infolge Lungenembolie.

3. Bei einer 36jährigen Frau fand sich ein

taubeneigroßes Leiomyom der hinteren Muttermundslippe, das leicht enukleiert werden konnte. Patientin hatte unregelmäßige Blutungen und Ausfluß einer fleischwasserähnlichen Flüssigkeit.

4. Bei einer 64jährigen Frau hat sich ein nußgroßer, derber, ziemlich glatter, bläulichroter Tumor an der vorderen Muttermundslippe gebildet, der leicht enukleiert wurde. Es war ein typisches Fibromyom. Patientin hatte hin und wieder Blutungen gehabt und hatte Mixtionsbeschwerden.

5. Während der Geburt zeigte sich in der Eröffnungszeit bei einer 36jährigen Frau ein gestieltes, gänseeigroßes Myom der vorderen Muttermundslippe. Der mit Schleimhaut bedeckte Tumor war an einigen Stellen nekrotisch. Entfernung mit der Schere. Glatte Geburt.

32. Sieber beschreibt ein gänseeigroßes Fibromyom der vorderen Muttermundslippe bei einer 42jährigen Patientin, die seit mehreren Jahren einen angeblichen Prolaps hatte. Der Tumor war derb, von glatter Oberfläche, leicht blutend, von roter Farbe und konnte ohne Mühe und ohne größere Blutung enukleiert werden. Patientin hatte Mixtionsbeschwerden und eine geringe Cystitis, die nach der Operation zurückgingen. Trotz des Tumors hatte die Frau ohne jegliche Beschwerden und Verzögerungen mehrere Spontangeburten.

33. Amann hat einen Fall beschrieben, wo das Fibromyom die ganze rechte Hälfte der Portio einnahm, so daß die rechten Hälften beider Muttermundslippen die Ansatzstellen des Tumors bildeten. Der Tumor war 15 cm breit und $9^1/_2$ cm lang.

Dieses sind die Fälle, die ich in der Literatur auffinden konnte. Es wurden nur solche Fälle er-

wähnt, bei denen sich der Sitz des Myoms ausschließlich auf die Portio vaginalis erstreckte und nicht jene, die von der Cervix ihren Ursprung nahmen und in die Portio vaginalis hineinwuchsen, wie z. B. Zacharias, R. Bauer und Schauta beschreiben. Diesen genannten Fällen entspricht vollkommen der erste Fall von Portiomyom, der an der hiesigen Klinik zur Behandlung kam.

Jahrgang 1919, J.-Nr. 674.

Wilhelmine Jürges, 46 Jahre, Landwirtsfrau. (Aufnahme in der Klinik 27. Februar 1919.)

Anamnese:

Als Kind niemals Krankheiten durchgemacht; hat bis zu 14 Jahren öfters Ohnmachten gehabt. Erste Periode mit 14 Jahren, dann in regelmäßigem dreiwöchentlichem Intervall, Dauer 8 Tage, reichlicher Blutverlust jedesmal, so daß sie sich nach jeder Periode sehr matt fühlte. Sonst keinerlei Beschwerden. Mit 24 Jahren geheiratet. 3 Geburten ohne Komplikationen. Kinder leben. Nach der 2. Geburt 1900 bildete sich ein geringer Prolaps, der nach der 3. Geburt 1904 noch zunahm. In den letzten Jahren nahm er erheblich an Größe zu. Patientin klagt über Druck nach unten und Kreuzschmerzen. Juni 1918 wurde ein Pessar eingelegt, das aber nicht hielt. Seit Frühjahr 1918 nahm die Blutung während der Periode langsam zu und wurde besonders heftig im Dezember 1918, Januar und Februar 1919. Gleichzeitig nahm auch die Dauer zu, bis zu 14 Tagen. Bevor diese heftigen Blutungen einsetzten, hatte die Periode 5—6 Wochen sistiert. Die Kreuzschmerzen nahmen in demselben Maße zu wie die Blutungen und waren Dezember, Januar und Februar sehr heftig, besonders während der Periode, aber auch zwischendurch. Der Vorfall war in den

letzten drei Jahren nicht schlimmer geworden. Das Aussehen der Patientin hatte sich in letzter Zeit erheblich verschlechtert und sie hatte auch an Gewicht abgenommen.

Befund:

Mittelgroße Frau in mäßig gutem Ernährungszustand und von blassem Aussehen. Innere Organe o. B.

Status localis:

Vulva klafft, im Scheideneingang vordere Scheidenwand und Portio sichtbar. Schleimhaut trocken. Vordere Muttermundslippe tumorartig verdickt (Myom?). Uterus elongiert, anteflektiert. Adnexe und Parametrien frei. Corpus uteri leicht verdickt.

5. III. 19: Operation (Prof. Dr. Reifferscheid) in Aethernarkose. Typische vaginale Totalexstirpation mit nachfolgender vorderer und hinterer Scheidenwand- und Dammplastik.

22. III. 19: Geheilt entlassen.

7. VII. 19: Nachuntersuchung.

Frisches gesundes Aussehen; ausgezeichnetes Allgemeinbefinden. Gewicht zugenommen.

Hoher, fester Damm, glatter Vaginalstumpf, feste Narbe.

Präparat:

Größe des Präparates: 13 : 5 : $4^1/_2$. Verhältnis von Fundus zu Cervix wie $1^1/_2 : 1$. Die Muskulatur des Uterus ist grauweißlich, gut $1^1/_2$ cm dick. In der Vorderwand des Fundusteiles, dicht unter der Serosa, ein etwa erbsengroßer, auf dem Durchschnitt grauweißlich aussehender Knoten von kugeliger Form. Auf dem Hauptuterusschnitt quillt etwa 1 cm oberhalb des inneren Muttermundes ein flachkugeliges, gut abgegrenztes Gebilde aus dem Myometrium hervor. Die Uterusschleimhaut erscheint nicht verdickt. Sie ist in der Gegend des inneren Muttermundes

und der Cervix ziemlich stark gefaltet. Die vordere Muttermundslippe überragt die hintere um etwa 3 cm. Die hintere Muttermundslippe ist sehr feinwandig im Gegensatz zur vorderen, die kolbig verdickt und von derbem, grauweißlichem, verdicktem Epithel bekleidet ist. Der Hauptuterusschnitt zeigt, daß die Auftreibung durch einen etwa taubeneigroßen, eiförmigen Tumor bedingt ist, der auf dem Schnitt plateauartig vorspringt. Der Tumor ist gut abgegrenzt und stößt cervicalwärts an Uterusmuskulatur, vaginalwärts zum Teil an den bereits erwähnten verdickten Epidermialüberzug, zum Teil ist er von diesem durch eine wenige mm dicke Muskelschicht getrennt. Der Tumor ist von derber Konsistenz, seine Schnittfläche von grauweißer Farbe, von feinen weißlichen Zügen durchzogen.

Mikroskopische Untersuchung:

Der Tumor besteht aus Gewebsbündeln, die sich in allen Richtungen durchkreuzen. Die einen erweisen sich durch ihren schwach welligen Verlauf und ihre schlanken, an den Enden zugespitzten Kernen als Bindegewebsbündel, während die anderen mit ihren straff nebeneinander gelegenen Fibrillen und ihren abgerundeten, länglichen, manchmal fischzugartig gelagerten Kernen das typische Bild von Muskelbündeln zeigen. Die letzteren liefern den größeren Anteil am Aufbau des Tumors. Drüsenwucherungen sind nicht vorhanden.

Beachtenswert an diesem Falle sind die Blutungen und die dadurch bedingte leichte Anaemie sowie die heftigen Kreuzschmerzen, die mit dem Wachstum des Tumors zunahmen. Gewöhnlich zeigen ja die Portiomyome diese Symptome weniger als die übrigen Uterusmyome.

Interessanter ist der zweite Fall, der am 6. Juni 1913 hier zur Behandlung kam.

Jahrgang 1913, J.-Nr. 284.

Luise Füllgrabe, 44 Jahre alt. (Aufnahme in die Klinik 6. Juni 1913.)

Anamnese:

Außer Rheumatismus hat Patientin nie Krankheiten gehabt. Die Periode war immer regelmäßig, 4wöchentlich, nicht besonders stark. Patientin hatte 7 Geburten und Wochenbetten, die ohne Besonderheiten verliefen, und eine Fehlgeburt im 3.—4. Monat. Die letzte Geburt war vor 10 Jahren. Die letzte Periode bei der jetzigen Schwangerschaft, die bisher vollkommen normal verlief, war im August 1912. Seit 5. Juni nachmittags bestehen Wehen, die heute früh sehr heftig wurden. Die Hebamme stellte eine Geschwulst in der Vagina fest. Der zugezogene Arzt überweist die Frau in die Klinik.

Befund:

Mittelgroße Frau, in mäßigem Ernährungszustand. Gesichtsfarbe gesund, gebräunt. Die inneren Organe sind ohne besonderen Befund.

Aeußere Untersuchung:

Fundus steht am Rippenbogen. Wenig Fruchtwasser. Oberer Uterusabschnitt bereits stark zurückgezogen. Rücken links. Vorliegender Teil ist der Kopf, noch beweglich, aber in der Wehe auf den Beckeneingang aufgepreßt. Herztöne links unterhalb des Nabels, deutlich und regelmäßig. Normale Beckenverhältnisse.

Innere Untersuchung:

Vulva klafft. Descensus beider Vaginalwände. Beim Pressen wird in der Vulva eine livid verfärbte, glatte Geschwulst sichtbar. Die Scheide ist weit. Links stößt der Finger auf eine faustgroße, ziemlich

derbe, kugelige Geschwulst; rechts davon gelangt der Finger in einen schlitzartigen, sichelförmigen Spalt, der scharf begrenzt ist. Durch diesen Spalt hindurch erreicht man die glatte Eiblase und, nachdem man nur wenig weiter vordringt, auch den hochstehenden Schädel. Die Geschwulst, die dem linken Teil der Portio angehört, füllt das kleine Becken zum großen Teil aus und hindert dadurch den Kopf am Tiefertreten. Operation am gleichen Tage (Prof. Dr. Jung). Nach gehöriger Desinfektion wird der Tumor mit Scheidenspekula eingestellt und entsprechend der Uebergangsstelle der äußeren Portio in die Schleimhaut ein Schnitt bis in das Tumorbett geführt, worauf der Tumor ohne große Schwierigkeiten durch Zug mit Muceux'schen Zangen entfernt wird. Nach Entfernung des Tumors tritt der Kopf tiefer, steht noch quer, kleine Fontanelle links. Die Blase wird gesprengt und dann die Zange zweimal im schrägen Durchmesser angelegt und der Kopf in Hinterhauptslage entwickelt. — Das Kind ist fast reif, leicht asphyktisch (infolge der Narkose), wird nach einigen Minuten wiederbelebt. — Hierauf wird das Wundbett vernäht. Expressio placentae. Secacornin 2,0. Uterus gut kontrahiert. Puls kräftig.

Das Wochenbett verläuft ohne Besonderheiten. Am 14. Juni wird Patientin geheilt entlassen. Die Narbe an der Portio ist fest und nicht druckempfindlich. Die Portio selbst ist links noch etwas verdickt.

Präparat:

Apfelsinengroßer Tumor, von derber Konsistenz und glatter Oberfläche.

Mikroskopischer Befund:

Ein typisches Fibromyom, das sonst keinerlei Besonderheiten zeigt.

Von großem Interesse ist bei diesem Fall der Sitz des Tumors. Er geht von den beiden linken Hälften der vorderen und hinteren Muttermundslippe aus. Wie schon erwähnt, existiert nur ein Parallelfall von Amann, wo das Portiomyom von den beiden rechten Hälften seinen Ansatz nahm.

Dann ist der Fall der einzige, wo das Myom ein derartiges Geburtshindernis wurde, daß erst nach der Entfernung des Tumors die Geburt vonstatten gehen konnte. Im Fall Thiele konnte das Hindernis, das durch das Portiomyom gebildet wurde, durch Extraktion mit der Zange noch überwunden werden. Welches der beiden Verfahren, Zangenoperation oder Enukleation resp. Excision, das rationellere ist, mag die Erwägung entscheiden, daß, wie die Erfahrung bei den Cervixmyomen zeigt, sehr leicht eine Ruptur der Kapsel durch die Zangenoperation eintritt, sowie eine Drucknekrose und Gangrän mit der das Leben gefährdenden Sepsis im Gefolge sich nicht immer vermeiden lassen wird. Selbst wenn keine Drucknekrose eingetreten ist, kann im Wochenbett noch eine Gangrän eintreten, wozu besonders die gestielten Myome neigen. Alle diese Momente fallen fort, wenn das Myom vor der Geburt entfernt wird. Die Operationstherapie, wie sie an der Göttinger Klinik gehandhabt wird, ist also als der sicherere Weg zu empfehlen. Der Fall von Kolb Nr. 5, von Depaul sowie unser Fall zeigen, daß eine Infektion der Wunde und eine dadurch bedingte Störung des Wochenbetts bei gründlicher Asepsis nicht eintritt.

Zum Schlusse bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Reifferscheid für die gütige Ueberlassung des Materials und seine freundliche Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit, sowie Herrn Oberarzt Dr. Dietrich für die liebenswürdigen Anregungen meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Veit, Handbuch der Gynäkologie.
Krönig, Lehrbuch der Gynäkologie.
Fritsch, Krankheiten der Frauen.
Gusserow, Neubildungen des Uterus.
Olshausen, Beitrag zur konservativen chirurg. Behandlung der Uterusmyome. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 43.)
Orloff, Zur Genese der Uterusmyome.
Virchow, Die krankhaften Geschwülste III.
Ribbert, Geschwulstlehre.
Orth, Lehrbuch der spez. pathol. Anatomie.
Aschoff, Lehrbuch der spez. pathol. Anatomie.
Zentralblatt f. Gynäkologie.
Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie.
Frommels Jahresberichte.
Amann, Ein Fall von Cervixmyom. (Münch. med. Wochenschrift, 1888.)
Barnes, Obstetrical Transactions III, p. 211.
v. Cackovic, Zentralblatt f. Gynäkologie, 1904.
Chiari, Klinik der Geburtshilfe, 1855, p. 401.
Dimmock, Submucous fibroid tumors of the ant. lip of the uterus. Lancet 1893.
Flatau, Münch. med. Wochenschr. 1906; Zentralblatt f. Gynäkologie 1906.
Freund, Das Cervixmyom unter der Geburt. Sammlung klin. Vorträge 1893.
Frey, Ueber das Cervixmyom. Diss. Greifswald 1897.
Garkisch, Zusammenstellung über Myome.
— Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre vom Uterusmyom.
Gottschalk, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1901, Bd. 46.
Halban, Demonstration eines kindskopfgroßen Myoms der vorderen Uteruslippe (Wiener klin. Wochenschr. 1901, Nr. 16).
Hall-Davis, Obstetrical Transactions IV, p. 152.
Henkel, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1906, Bd. 46.
Koblanck, Fibromyom des intravaginalen Teiles des Collum uteri (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 46).

Kolb, Die Leiomyome der Muttermundslippe (Zeitschr. f. Geb) u. Gyn., Bd. 67).

Labhardt, Arch. f. Gyn. 1906, Bd. 80, p. 187.

Mikucki, Spontane Geburt eines großen Myoms der hinteren Lippe. Nowiny Lek. Nr. 8 u. 9.

Müller, Scanzoni's Beiträge, Bd. 4, p. 65.

Olshausen, Cervicales Myom. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 32.-

Semmelink, Großes Fibromyom in der hinteren Muttermundslippe (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 5).

Sieber, Zur Kasuistik der Portiomyome (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 22).

Siew, Ueber Cervixmyome aus dem Baseler Frauenspital. Diss. Basel 1908.

Thiele, Ein Fall von Fibrom der hinteren Lippe. Diss. Greifswald 1898.

Vorbeck, Ueber Cervixmyome unter besonderer Berücksichtigung der Portiomyome. Diss. Berlin 1904.

Lebenslauf.

Am 15. März 1892 wurde ich, Theodor Eduard Joseph Knipper, als Sohn des Kaufmannes Joseph Knipper und seiner Gemahlin Everharda Knipper geb. v. Husen in Rees a. Rh. geboren. Nach dreijährigem Volksschulbesuch begann ich Ostern 1902 das Gymnasialstudium, zunächst in meiner Vaterstadt, dann von Ostern 1907 ab in Emmerich, wo ich Ostern 1911 das Reifezeugnis erhielt. Im S.-S. 1911 studierte ich als Jurist in Münster, ging dort aber im W.-S. 1911 zum medizinischen Studium über. S.-S. 1912 besuchte ich die Universität München, von wo ich W.-S. 1912 nach Münster zurückkehrte und dort am Ende des W.-S. 1913 das medizinische Vorexamen ablegte. Im S.-S. 1914 studierte ich in München, im W.-S. 1914 bis zum 11. November 1914 in Berlin, da ich als freiwilliger Krankenpfleger zum östlichen Kriegsschauplatz abrückte. Ende Februar 1915 mußte ich aus gesundheitlichen Rücksichten diesen Dienst aufgeben und wurde im März 1915 Assistent am St. Vincenz-Krankenhaus in Köln bei Prof. Dr. Dreesmann. Im Oktober 1915 wurde ich bei der Musterung der D. U. als a. v. Arzt Heimat erklärt und in dieser Eigenschaft am angeschlossenen Lazarett weiterbeschäftigt. 1. Februar 1916 kam ich als Assistent auf die innere Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Köln-Mülheim zu Medizinal-Rat Dr. Meerbeck und Mitte März 1917 als Hilfsassistent zur Chirurgischen Klinik in Bonn zu Geh.-Rat Prof. Dr. Garrè. August 1918 wurde ich vom Sanitätsamt in Coblenz zum Staatsexamen beurlaubt, studierte bis Ende November in Bonn und ab 1. Dezember 1918 in Göttingen, wo ich nach dem W.-S. 1918 das Staatsexamen ablegte.